

# Fiche UE13 : Sémiologie de l'insuffisance coronaire et de l'insuffisance vasculaire périphérique (cours 17)

**Artériopathies des membres inférieurs :** Ce sont des atteintes de la paroi des artères des membres inférieurs, le plus souvent en rapport avec la **maladie athéromateuse**.

**ATTENTION** à ne pas confondre l'athérosclérose et l'artériosclérose

Sténose artérielle modérée : diminution localisée du diamètre de l'artère. Pour conserver son énergie, le sang va accélérer au moment de passer la sténose. On a donc une accélération **localisée** de la vitesse du flux sanguin sans répercussion sur la pression régnant de part et d'autre de la sténose.

Sténose artérielle serrée : rétrécissement majeur du diamètre de l'artère. Passage d'un flux laminaire à un flux **turbulent** occasionnant une perte d'énergie sous forme de bruit et de chaleur ==> baisse de la pression hémodynamique en aval de la sténose.

On a donc la création d'un **gradient de pression trans-sténotique** et un effondrement du débit perfusé aux tissus ==> réponse compensatoire avec une **vasodilatation périphérique** et un phénomène d'**angiogenèse** permettant d'amortir les variations de débit par la création d'une circulation collatérale.

Conséquences de l'effondrement de la perfusion :

- **Hypoxie** musculaire
- **Accumulation de lactate et de CO<sup>2</sup>** intra-musculaire

**Examen clinique :**

**Interrogatoire**

- **Antécédents** personnels et familiaux
- **Facteurs de risque** cardiovasculaires

**Inspection**

- **Couleur** des téguments
- Recherche de **troubles trophiques** (épaisseur de la peau, dépilation,...)

**Palpation de tous les pouls périphériques** (patient poly-vasculaire)

**Auscultation des trajets vasculaires**

**4 stades à connaître +++**

**STADE I :** asymptomatique

- Le premier signe constaté est souvent la **disparition d'un pouls** normalement perçu
- **Souffle artériel** possible au niveau de la jambe. On peut aussi découvrir des **complications précoces** (anévrisme artériel, masse battante expansive et soufflante sur le trajet artériel)
- L'examen permet de localiser schématiquement la lésion la plus haute par la cartographie des pouls et la présence de souffles artériels. **MAIS** il faut garder à l'esprit que ces symptômes ne peuvent se manifester qu'à l'effort

**STADE II :** difficulté à la marche, d'apparition progressive

- **Claudication intermittente douloureuse** des membres inférieurs due à l'hypoxie musculaire
- Douleur musculaire d'effort de type **crampe**, concernant selon les cas la cuisse, le mollet et/ou le pied et **cédant à l'arrêt de la marche** en 1 à 3'.
- On définit alors le **périmètre de marche** (distance à partir de laquelle la douleur apparaît),

ce qui permet de définir les stades **II faibles** (> 200m) et **II forts** (< 200m)

### STADE III : Douleurs permanentes

- Douleurs survenant en **position allongée** et soulagée par la mise du pied hors du lit ( lorsqu'on est allongé la gravité est annulée mais avec le pied hors du lit, la pression hydrostatique dans le jambe aide à la perfusion du muscle)
- S'y ajoute des insomnies, des oedèmes positionnels d'origine veineuse majorant la douleur et une altération de l'état général (variable)
- S'associe à des **troubles trophiques** (ulcères,...)

#### Entre les stades III et IV :

- **Douleur de repos**
- **Gangrène depuis plus de 2 semaines**, résistantes aux traitements antalgiques

### STADE IV : Gangrène d'étendue variable, le plus souvent douloureuse

- **Révélation par les complications**
- Un caillot sanguin ou une plaque de l'artère peut migrer dans les artères en aval et les boucher ( ==> **nécrose** )

Examens complémentaires: **Echo Doppler, Angiographie conventionnelle, scanner, IRM**

### Mesure de l'IPS

L'IPS est un indice permettant de caractériser les sténoses. On mesure la pression systolique à la **cheville** et à l'**humérus**.

$$IPS = P \text{ syst Distale} / P \text{ syst Humérale}$$

Chez un patient sain, on a un IPS entre **1,1 et 1,2** environ.

Chez un patient artéritique, le rapport sera **abaissé**.

### Diagnostics différentiels :

- Claudication d'origine **articulaire**
- Claudication d'origine **neurologique**
- Claudication d'origine **veineuse (rare)**

### Sémiologie de l'insuffisance coronaire

- La circulation coronaire se fait en diastole (+++) car en systole il y a une compression de la
- micro vascularisation du myocarde.

### Histoire de la maladie coronaire

-Formation de **stries lipidique**, qui aboutissent à d'authentique **plaque d'athérome** : **maladie coronaire stable**.

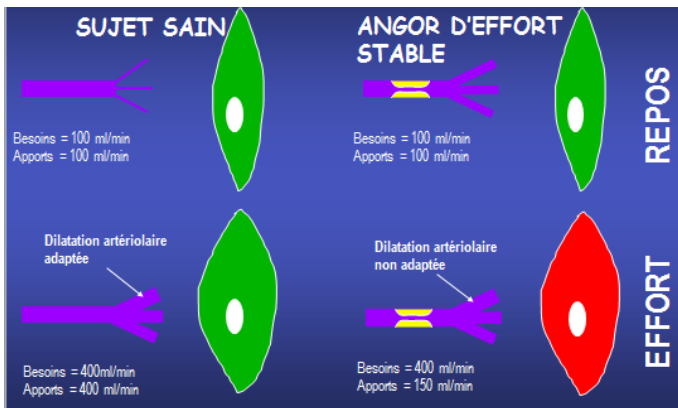
-S'il y a **rupture de la plaque** d'athérome et formation d'un **thrombus** complet ou incomplet : **maladie coronaire instable**.

- **Facteur de risque** d'athérosclérose :  
**Modifiable** → tabagisme, obésité, LDL cholestérol, HTA, diabète  
**Non modifiable** → âge, sexe, hérédité

Lors d'un **effort** physique il est nécessaire **d'augmenter l'apport en oxygène du myocarde** pour éviter l'ischémie myocardique.

Pour y parvenir le muscle cardiaque est obligé **d'augmenter son débit coronaire (x6)** car son extraction en O<sub>2</sub> est déjà maximale au repos.

Que se passe-t-il lorsque nous avons des sténoses coronaires ?



On remarque qu'il n'y a pas de modification au repos, mais à l'**effort**, on constate une **incapacité d'augmenter le débit coronaire** par 4 ce qui aboutit à une ischémie car les **besoins ne sont plus assurés**.

**Angor stable** (plaque d'athérome → sans rupture de plaque)

**Signe fonctionnels typiques :**

- Douleur thoracique (rétrosternale, constrictive)
- +/- irradiations (épaule, bras, cervical)
- Trinitro-sensibilité. Symptômes présent seulement pendant l'effort.

**Signes fonctionnels atypiques :**

- Ischémie peut être silencieuse chez certaines personnes (diabétique, personnes âgées)
- Les localisations peuvent être atypiques (ex : irradiations dans l'épaule sans douleur thoracique)
- Manifestation digestives
- Blockpnée

**Examen physique** → aucune manifestation spécifique d'un angor stable. Importance de l'interrogatoire pour le diagnostic (++)

**Aspect a l'ECG** → Sur l'ECG d'un patient présentant un angor stable, en dehors des efforts, ce patient n'est pas ischémique donc son ECG est sensiblement normal.

**Angor instable** (lésion de la plaque avec formation d'un thrombus)

Il existe **deux types d'angor** en fonction du niveau d'occlusion de l'artère coronaire :

- **Incomplète** sans sus-décalage du segment ST
- **Complète** avec sus-décalage du segment ST

Occlusion incomplète

- **Angor de repos** (durée < 20 min)
- **Angor de novo**
- **Angor crescendo**

Lors de l'**examen clinique** du patient il n'y a **toujours pas de signe spécifique**.

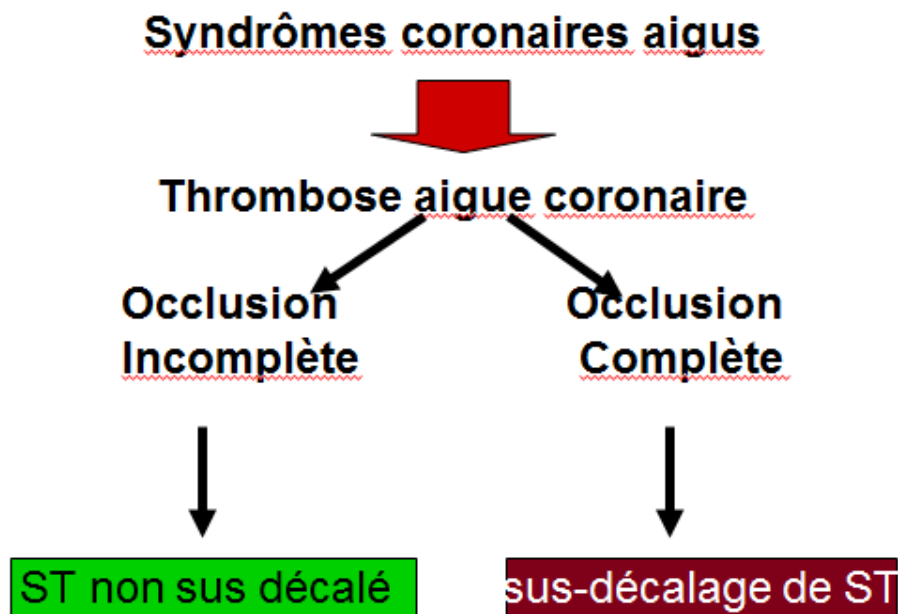
Sur l'ECG d'un patient présentant un syndrome coronarien avec une occlusion incomplète, on peut observer pendant une période de douleur **tout type d'anomalie SAUF le sus-décalage du segment ST**.

Occlusion complète

- Angor de repos (durée > 20 min)
- Trinitro-résistant car l'artère est bouchée

A l'**examen physique** il n'y a toujours **aucun signe spécifique**.

Sur l'ECG nous avons donc un **sus-décalage du segment ST** dans un territoire donné.



**Pour ce qui est de la dédicace, on a malheureusement ni le temps, ni l'espace d'en faire une digne de ce nom mais on se rattrapera pour notre deuxième ronéotypage, promis !**

**En attendant mention spéciale à Louveteau, Chaton (michto) et Bibiche ainsi qu'à la Dynastouf et plus généralement à tous les animaux qui peuplent cette fac.**

**Et un Big up au vice-président chaipaquoi ainsi qu'à son cruel manque de goût vestimentaire pour nous avoir empêché de vendre nos crêpes devant la BU.**

**Peace <3**